



O TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: apontamentos a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica

Maria Luiza Ferreira De Barba

Clarice Coelho de Oliveira

Alcindo Antônio Ferla

Nota Introdutória

Este estudo visa analisar o trabalho em equipe desenvolvido no âmbito da Atenção Básica a partir dos dados coletados na avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em seu primeiro ciclo, realizado em 2012. No estado do Rio Grande do Sul, 786 equipes aderiram ao Programa, correspondendo a 67,45% das equipes de saúde existentes. Evidenciaremos os dados relativos à organização da agenda das equipes para fomentarmos a discussão sobre o cuidado em saúde. Primeiramente, apresentamos uma breve retomada dos marcos legais do Sistema Único de Saúde, a fim de destacar o papel estratégico que é proposto à Atenção Básica. Após, apresentaremos com mais detalhes como foi realizada a avaliação externa do PMAQ-AB nas equipes de Atenção Básica e, finalmente, discutiremos os dados coletados, relativos à organização das agendas e do trabalho das equipes.

O papel da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal do Brasil determina que a saúde é dever do Estado e direito de todos os cidadãos (BRASIL, 1988). O arcabouço legal do Sistema Único de Saúde determina que o acesso aos serviços de saúde deve ocorrer de forma universal,

equitativa e integral, primando a qualidade, independentemente do nível do âmbito da atenção ou da complexidade do cuidado (BRASIL, 1990a).

Mais recentemente, o Decreto nº 7.508/11, que tem entre seus objetivos dispor sobre a organização do SUS, define a Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora do acesso universal e igualitário aos serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA, 2012b). No Brasil, a Atenção Primária à Saúde incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação “Atenção Básica à Saúde” para enfatizar a reorientação do modelo assistencial. A partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde, sua concepção desenvolveu-se com os princípios da universalidade, descentralização, integralidade e participação popular, sendo desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida dos cidadãos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012a).

Em conformidade com a Constituição Federal e a Lei nº 8.080/90, a nova Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2011, introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção à Saúde, avançando na concepção de uma atenção acolhedora e resolutiva, capaz de desenvolver a gestão e coordenação do cuidado do usuário nos demais pontos da rede (BRASIL, 2012a). Ao mesmo tempo, propôs mudanças nas diretrizes com o objetivo de incentivar os gestores locais a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida, articulando-a com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, avançando no reconhecimento de um leque de modelagens e formatos de equipes para diferentes populações, a fim de valorizar as especificidades locais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012a). Além disso, constituiu a Saúde da Família como a principal estratégia de

configuração da atenção à saúde no Brasil, recebendo incentivos financeiros, visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção.

Frente a estes desafios colocados às equipes e também com a intenção de reconhecer e incentivar o trabalho já desenvolvido, o Ministério da Saúde propôs o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a fim de induzir mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012). A seguir, faremos uma breve contextualização da Avaliação como prática de gestão e, na sequência, do PMAQ-AB.

Avaliação em Saúde como Prática de Gestão

A avaliação dos serviços de saúde com ênfase na qualidade da assistência foi mais proeminente no Brasil no final da década de 1990, com a instituição do controle social e a valorização da participação da comunidade nas ações de planejamento e avaliação (BRASIL, 1990b). A partir de então, a avaliação realizada pelos usuários em relação aos atendimentos e serviços do SUS começou a ser considerada. Esse crescente interesse levou ao desenvolvimento de instrumentos que abordam componentes múltiplos da atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

O destaque à Atenção Básica como porta de entrada e proposta de reestruturação tecnoassistencial do sistema de serviços de saúde foi também o fio condutor para absorver, nesse âmbito do sistema, a prática avaliativa buscando indicadores de qualidade. A avaliação da qualidade dos serviços permite repensar e aprimorar as práticas profissionais, tanto técnicas quanto de gestão, através da comparação com os padrões instituídos, possibilitando a identificação de dificuldades e desempenho que produzam impacto sobre a saúde e bem-estar da população.

O desenvolvimento do SUS, especialmente em função da descentralização, acarretou aos municípios importantes demandas no âmbito da gestão. Essas demandas incluem a necessidade de compor e gerir equipes de trabalho, dispor de estrutura física e tecnológica, organizar os insumos e as estratégias para operar o sistema de saúde, além de produzir e disponibilizar conhecimento para o conjunto da população de modo a promover equidade e integralidade do cuidado (BRASIL, 1990a).

A análise dos processos de gestão é relevante para identificar tecnologias que estão sendo construídas e implementadas, as quais incluem certos saberes constituídos para organizar as ações humanas nos processos produtivos singulares (MERHY, 2002). Também apontam a sua efetiva capacidade de garantir a expressão dos diferentes interesses dos atores envolvidos e das heterogêneas realidades dos seus territórios (BARRIOS, 2009). Segundo Merhy e Franco (2003), por meio do jogo de pressão e disputas, cria-se uma correlação de forças que definirão a política de saúde, combinando interesses diversos, fazendo com que essa política favoreça ou não determinados grupos e interesses.

Ferla et al. (2007) salientam o processo de privilegiamento e submissão da medicina científica ao caráter biológico e, portanto aos procedimentos e utilização de tecnologias hegemônicas médicas. Seus desdobramentos estão presentes no processo de trabalho cotidiano e nas práticas de gestão, interferindo nas relações sociais, políticas e econômicas capazes de produzirem mudanças na sociedade e impactos na construção do conhecimento. No escopo da Saúde da Família, a modificação desses processos é importante para ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012a).

Atuando na lógica de reorganização do modelo assistencial, a composição das equipes de Saúde da Família é multiprofissional, sendo a equipe mínima formada por um

médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, e agente comunitário de saúde suficiente para cobrir 100% da população cadastrada. Pode-se acrescentar a esta composição, quando dispondo de equipe Saúde Bucal, um cirurgião-dentista e um auxiliar e/ou técnico de saúde bucal (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012a).

O PMAQ-AB como estratégia para qualificar a Gestão da Atenção Básica

O PMAQ-AB almeja a permanente e progressiva ampliação do acesso e a melhoria da qualidade das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica. Nesse cenário, traz dentro as suas diretrizes envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica. Além disso, visa estimular a mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários. Somado a isso, busca desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados, e o caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e pró-atividade dos atores envolvidos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2011).

O Programa foi organizado em quatro fases, sendo a primeira denominada “Adesão e Contratualização”, a segunda “Desenvolvimento”, a terceira “Avaliação Externa” e a quarta, o começo de um novo ciclo, denominada “Recontratualização” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2011).

A fase de “Avaliação Externa” foi realizada em parceria com instituições de ensino e pesquisa de todo o país e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio da Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde) e da Escola de Enfermagem, integrada à Coordenação Nacional, sendo responsável pela execução em seis estados, assim como a rede científica que se desenvolve em torno do projeto de cooperação entre a Universidade e o Ministério da Saúde, chamada Rede Governo Colaborativo em Saúde.

Notas Metodológicas

Utilizamos dados secundários originados da base de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, chamada terceira etapa do que consistiu na pesquisa em Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, no ano de 2012. Realizamos um estudo transversal com abordagem quanti-qualitativa. O território analisado foi o estado do Rio Grande do Sul, e a amostra foi composta pelas 786 equipes (67,45%) que aderiram ao Programa. Os dados foram analisados através de método estatístico descritivo, utilizando-se o software SPSS 20.0.

A base de dados é de domínio público, e pode ser acessada no ambiente virtual do PMAQ-AB no site do Ministério da Saúde. O estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob nº de matrícula 24220, e integra o projeto de pesquisa “Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS sob matrícula nº 21904.

A organização do trabalho em equipe no âmbito da Atenção Básica apresentada pelo PMAQ-AB

Dentre as atividades relacionadas no formulário de Avaliação Externa do PMAQ-AB sobre o trabalho da equipe de saúde, foram selecionadas as variáveis que permitissem refletir sobre o tema do trabalho em equipe com a integralidade do cuidado.

Das 786 equipes avaliadas, 61,7% (n=485) possuem agenda compartilhada entre os profissionais. A tabela a seguir apresenta as atividades que compõem a agenda compartilhada avaliada pelo PMAQ.

Tabela 1 – Organização da agenda compartilhada entre os profissionais das equipes avaliadas pelo PMAQ-AB no estado do Rio Grande do Sul, 2012.

Atividades da agenda	% (n=485)
Realização de visitas domiciliares e atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde.	88,9
Apenas realização de visitas domiciliares.	5,8
Apenas realização de atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde.	4,7
Não realiza visitas domiciliares, nem atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde.	0,6

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012.

Conforme apresentado na Tabela 1, a maioria das equipes que organizam a agenda de forma compartilhada e disponibilizam espaços para realização de visitas domiciliares e atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde. Reconhecemos que possam existir outras atividades compartilhadas pelas equipes. No entanto, esse cenário já é suficiente para demonstrar a tendência dessas equipes operarem na lógica da interdisciplinaridade.

Quando avaliada a existência de uma agenda semanal de atividades pactuada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe, 77,1% (n=606) das equipes referem possuir. A tabela a seguir apresenta as atividades da agenda pactuada pela equipe.

Tabela 2 – Pactuação da agenda das equipes avaliadas pelo PMAQ-AB no estado do Rio Grande do Sul, 2012.

Programação da agenda	% (n=606)
Programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado e realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas.	72,3
Apenas programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado.	18,5
Apenas realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas.	6,9
Não programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado, nem realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas.	2,3

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012.

A Tabela 2 nos permite identificar as ações que são frequentemente pactuadas pelas equipes na agenda compartilhada. Em relação a esses dados, percebemos que 72,3% das equipes programam consultas e ações para usuários que fazem parte de programas ou grupos prioritários e necessitam

de cuidado continuado, e realizam a renovação de receitas para usuários de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas.

Os resultados apresentados nas Tabelas 1 e 2 demonstram, também, que algumas equipes ainda atuam sob a lógica hegemônica do trabalho fragmentado, despersonalizado, com oferta predominante de tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 2002), na qual o usuário é reificado à categoria paciente e o trabalhador predominantemente capturado pela técnica e pelo conhecimento estruturado. A tabela a seguir apresenta as formas de acesso disponibilizadas na agenda das equipes avaliadas.

Tabela 3 – Disponibilidade de vagas na agenda das equipes avaliadas pelo PMAQ-AB no estado do Rio Grande do Sul, 2012.

Reserva de vagas na agenda	% (n=786)
Realiza reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames e/ou para sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação.	39,6
Apenas realiza a reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames.	20,2
Apenas realiza reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação.	9,0
Não realiza reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames, nem para sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação.	31,2

Fonte: Banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012.

Os resultados da Tabela 3 demonstram que parte das equipes já realizam atividades que buscam construir a integralidade nas linhas de cuidado, e ampliação e melhoria do acesso. Esse processo possibilita suprir a busca por práticas cuidadoras capazes de responder às necessidades dos sujeitos que demandam os cuidados, pela oferta de projetos terapêuticos singulares, pelo acesso a uma rede de serviços como malha de cuidados progressivos, por uma regulação (macro e micro) da atenção cuidadora, e pelo resultado do cuidado produzindo qualidade de vida e autonomia do indivíduo e da comunidade (FERLA et al., 2008).

Entretanto, percebemos que um grande número de equipes (31,2%) permanece atuando na lógica biomédica. De acordo com estudos realizados anteriormente (DE BARBA; OLIVEIRA; FERLA, 2015?), essa tendência está, por vezes, associada à formação dos profissionais, que têm demonstrado a necessidade de experimentação dentro dos serviços de Atenção Básica, os quais possibilitam o desenvolvimento da capacidade de intervenção para a produção de mudanças nos processos de cuidado e de trabalho, e promovem a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

A potência do trabalho em equipe na produção da saúde

Considerando a produção de saúde como um processo do *trabalho vivo em ato*, as equipes que buscam atuar de forma interdisciplinar utilizam uma lógica inovadora direcionada para a coordenação do cuidado, com o domínio de tecnologias leves voltadas para a produção de relações cuidadoras. Fundamentando-se nos critérios de reconhecimento *das tipologias do trabalho em equipe* (PEDUZZ, 1998; 2001), podemos supor que essas sejam *Equipes Integração*. Segundo a autora (PEDUZZ, 1998; 2001), está presente nessas equipes a comunicação intrínseca ao trabalho, na qual a micropolítica (MERHY, 2002) ocorre como parte integrante do trabalho e, dependendo do modo como

é posta a serviço do cuidado, qualifica a atenção oferecida ao usuário. Propõe-se um projeto assistencial comum, no qual se respeita as diferenças técnicas existentes entre os trabalhos especializados e as especificidades dos mesmos, usando-as como reconhecimento do trabalho do outro, como forma de aprendizado, permitindo a flexibilização da divisão do trabalho e a autonomia técnica de caráter interdependente. O trabalho se torna, então, um processo de *Educação Permanente em Saúde*, com grande potencial criativo (CECCIM, 2005).

Nas *Equipes Integração*, também é possível falar dos membros da equipe como um *Coletivo Organizado*. Segundo Ceccim (2005), ao se referir a um *Coletivo Organizado*, não se fala dos trabalhadores individualmente e nem da sociedade dos trabalhadores, mas sim de agrupamentos articulados por um fim. A noção de coletivo dispõe em relação a um grupo de pessoas interligadas por uma tarefa, a qual constitui finalidade produtiva. A noção de *Coletivo Organizado* põe a esse agrupamento de pessoas uma convergência, uma composição de roda. Ainda segundo Ceccim (2005, p. 5):

[...] Um coletivo organizado, entretanto, não configura necessariamente uma unidade, ele não é um organismo, mas um dispositivo. Não se propõe como um espírito de corpo ou em um fisiologismo, mas em produção de encontro, de intercâmbio de provocações, de alteridade. O que dá organização ao dispositivo coletivo organizado não é a identidade entre seus membros, mas seu objetivo de produção [...].

Uma *Equipe Integração*, formando um *Coletivo Organizado*, põe em articulação produtiva a capacidade técnica de todos os trabalhadores, as dúvidas do cotidiano e os desafios do trabalho. Mais do que o domínio de um certo conjunto de conhecimentos e tecnologias, a capacidade requerida aqui é a da própria interação com os demais trabalhadores e com o contexto.

Todavia, os dados demonstram também a existência de equipes que se assemelham a tipologia das *Equipes Agrupamento* proposta por Peduzzi (1998; 2001). Nessas equipes a comunicação

ocorre externa ao trabalho e estritamente pessoal. As diferenças técnicas entre trabalhos especializados e as especificidades dos mesmos se apresentam como arguição da desigualdade dos trabalhos especializados, primando pela autonomia técnica plena, se não, ausente (PEDUZZI, 1998; 2001).

Considerações Finais

O PMAQ-AB foi desenvolvido para fornecer uma fotografia da atual situação das equipes de saúde da Atenção Básica, além de induzir a transformação do modelo de atenção instituído, proporcionando visualizar os entraves que dificultam a oferta de um amplo acesso a serviços qualificados. O estudo possibilitou a análise do trabalho em equipe realizado no Rio Grande do Sul sob a perspectiva da organização da agenda das mesmas, considerando que esses dados refletem como é planejado o acesso ao serviço e em qual lógica é planejado, se converge à tendência de um modelo médico-centrado ou se pressupõe uma atuação interdisciplinar. No entanto, a amostra não representa a totalidade das equipes existentes no estado, e sim as que realizaram a adesão ao Programa, ou seja, uma amostra qualificada. Também não foi possível realizar a estratificação dos dados por porte populacional e localização geográfica dos municípios, o que seria interessante considerar para estudos futuros que possam embasar o planejamento de ações em Educação Permanente em Saúde, pois há uma grande diversidade regional.

Através da análise dos dados apresentados, buscamos trazer alguns pontos de como as equipes atuam no cotidiano, e como se organizam os processos de cuidado na Atenção Básica. Identificamos a progressiva mudança do modelo assistencial promovida pelas ações da Estratégia Saúde da Família, mas também a necessidade de qualificação das ações desenvolvidas por algumas das equipes, e de sujeitos com capacidade de atuação criativa e protagônica nos cenários do sistema de saúde, com capacidade de aprender continuamente no “mundo do trabalho”.

Referências

BARRIOS, S. T. G. **Micropolítica e gestão regionalizada da saúde: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do Estado do Rio Grande do Sul**. Santa Maria, 2009. Dissertação de Mestrado – Centro de Ciências em Saúde, Universidade Federal de Santa Maria. Orientador Profª. Drª. Adelina Giacomelli Prochnow.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família** Brasília, DF: 2006.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília, DF: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011. Regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. v.1; 3. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 20/09/1990, Página 18055, 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 29/12/1990, p. 26057, 1990b.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, São Paulo, v. 9, n.16, p.161-77, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>>.

_____. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005.

DE BARBA, M. L.; OLIVEIRA, C. C.; FERLA, A. Trabalho em saúde no âmbito da Gestão da Atenção Básica no Rio Grande do Sul: o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica como indutor de reflexões sobre a formação dos profissionais da saúde. **Saúde & Sociedade**, 2015? No prelo.

FERLA, A. et al. A saúde a partir de um olhar amazônico: implicações, perspectivas, tensões e compromissos com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (ou: porque o SUS precisa de uma saúde com devir aqui). In: OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. (Org.). **A desigualdade regional e o território da saúde**. Belém : UFPA, 2008. v. 1, p. 12-18.

FERLA, A. et al. **Desafios para o fazer institucional frente às disposições da legislação federal e aos compromissos éticos e políticos de uma instituição comunitária de ensino**. Universidade de Caxias do Sul, 2007.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**, 1998. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia/ Multiprofessional healthcare team: concept and typology. **Rev Saúde Pública**. v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>>. Acesso em:

_____. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462003000100007>>. Acesso em:

PINTO, H.A; SOUSA, A; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, Supl., ago. 2012. Disponível em: www.reciis.iciict.fiocruz.br. Acesso em:

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, Unesco, 2002.